

UNIVERSITE PARIS VAL DE MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1971

N°

25

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(D I P L O M E D ' E T A T)

par

Monsieur GILLAIZEAU Marcel, Paul

Présentée et soutenue publiquement le:

1971

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
DES PHARYNGOPATHIES HYPERURICEMQUES

PRESIDENT: Monsieur le Professeur BEAUMONT

UNIVERSITE DE PARIS VAL DE MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 1971

THESE

pour

le DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplome d'état)

par : GILLATZEAU Marcel, Paul

Présentée et soutenue publiquement le :

TITRE COMPLET DE LA THESE

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES

PHARYNGOPATHIES HYPERURICEMQUES

Président : Monsieur le Professeur BEAUMONT



A mes parents.

A ma femme.

A mes enfants.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur BEAUMONT

Professeur à la Faculté de Médecine de CRETEIL

Doyen de la Faculté

Nous voudrions lui exprimer ici notre
respectueuse reconnaissance de l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé BADER

Qui a bien voulu accepter de parrainer
cet ouvrage.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556015_0008

A Monsieur le Docteur J.J. DUMAY

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de toute notre gratitude.

A Monsieur le Docteur LAMAS
Médecin des Thermes de LUCHON

Qui a bien voulu collaborer à cet ouvrage
en nous apportant le fruit de son expérience en ce
domaine.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur CHARDIN
Chef du Service ORL de l'Hôpital de CRETEIL

Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre gratitude pour l'enseignement
qu'il a bien voulu nous dispenser dans son service.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux

Messieurs les Professeurs

LEMAIRE

GOSSET

KOURILSKI

VERNE

BOUDIN

COMTE

GERBEAUX

SERGENT

SOULIE

CATALA

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
GENERALITES	3
CHAPITRE I	
Etude clinique	4
CHAPITRE II	
Observations	13
CHAPITRE III	
Etude analytique des observations	42
CHAPITRE IV	
Thérapeutique	53
CHAPITRE V	
Résultats thérapeutiques	62
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE	66

CHAPITRE I

INTRODUCTION.

Les pharyngites aiguës ou chroniques ont fait l'objet de fort nombreuses études cliniques. Leurs formes syndromiques ont notamment été très bien classifiées dans l'étude magistrale qu'a fait MADURO dans son livre intitulé "LES MALADIES DU PHARYNX".

Par contre, leur étude étiologique est fort complexe.

On peut distinguer :

1- Les facteurs locaux d'irritation, très fréquents, bien reconnus et recherchés des spécialistes ORL :

- tabagisme
- pollution atmosphérique urbaine
- intolérance professionnelle (poussières organiques, minérales ou métalliques)
- atmosphère sèche et surchauffée de certains appartements
- intolérances médicamenteuses
- obstructions nasales surtout de toutes étiologies;

2- A l'opposé, les facteurs d'ordre généraux sont bien moins connus, et ne sont souvent évoqués qu'en désespoir de cause :

- allergie, souvent invoquée, mais dont la preuve formelle est toujours très difficile à obtenir.

- alcoolisme
- pharyngite des colitiques
- pharyngite des hépatiques
- pharyngites carencielles (déficit en vitamine B2, notamment après traitement antibiotique prolongé)
- pharyngite de la syphilis secondaire, actuellement historique
- pharyngopathies du syndrome thyro-ovarien
- pharyngopathies de l'arthrose cervicale, d'allure plus volontiers paresthésique.
- pharyngopathies pléthoriques, enfin, survenant sur un terrain particulier, bien décrit par MADURO :

"Sujet de la cinquantaine, gras, à cou court et empâté, au visage vultueux sanguin, alourdi par un double menton, mais au demeurant alerte, vif et souvent débordant d'activité ; les réflexes sont vifs à l'abaisse langue.

Gros mangeur, fort buveur, grand fumeur".

Quelques schémas sont à retenir :

a) A taux d'urée élevée : pharyngites **brigh**tiques, pharynx sec, enduit sec à la commissure des lèvres.

b) Diabétique : pharynx succulant.

c) Uricémique enfin, qui fera l'objet de notre étude.

CHAPITRE II

GENERALITES.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'insister sur certains points qui nous paraissent capitaux :

1- La méconnaissance très fréquente de l'étiologie goutteuse par le spécialiste ORL, qui ne songe pas à la dépister par un dosage systématique du taux d'acide urique sanguin, et par la recherche clinique des autres signes de la diathèse hyperruricémique.

2- La transformation de la maladie goutteuse qui à "gagné en fréquence ce qu'elle a perdu en intensité", (COSTE) ; en d'autres termes, la prolifération des formes subaiguës ou chroniques au détriment de la pharyngite aiguë hyperalgique.

3- La grande diversité clinique de ces pharyngopathies, qui est loin de revêtir toujours la forme congestive classique, et qui peut être catarrhale, hypertrophique, gommeuse, voire atrophique en vieillissant ou même prendre le masque de simples paresthésies pharyngées.

4- Les formes trompeuses, "de découverte", survenant sur des sujets, hommes ou femmes parfois très éloignés du type pléthorique classique.

5- L'unité de ces formes si diverses est réalisée par leur caractère algique constant, tant au niveau local pharyngé, qu'à distance, en des points bien précis, où il faut s'efforcer de les rechercher, surtout en période aiguë.

6- La nécessité enfin d'un diagnostic précoce entraînant une thérapeutique rapide et appropriée, qui aura toutes chances de soulager ou de guérir le malade, et de lui éviter le passage à la forme atrophique, si tenace et si pénible, et dont le traitement est bien souvent décevant.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE.

C'est à propos de nombreuses observations de pharyngites subaiguës ou chroniques que nous sommes arrivés à la notion que l'ORL est parfaitement bien placé pour découvrir la diathèse goutteuse à son début.

En effet, cette diathèse représente une "potentialité morbide" qui, à notre avis (et en dehors d'autres localisations) s'objective souvent au niveau du pharynx où elle peut revêtir des aspects très polymorphes. Ce sont ces aspects que nous nous proposons de décrire.

A - Les plus communes, bien que les plus rares, sont les formes aiguës ; on en distingue essentiellement deux variétés :

1- La forme pseudo-phlégmoneuse, équivalent pharyngé de la "crise aiguë de gros orteil", et dont la description figure dans toutes les discussions diagnostiques du phlégmon para-amygdalien.

Théoriquement facile à reconnaître sur :

- l'aspect écarlate flamboyant de la muqueuse.
- l'intensité de la douleur et de la réaction inflammatoire contrastant avec l'absence de trismus et d'œdème du bord libre du voile et de la luette.
- l'absence, enfin, d'antécédents d'angine, et de signes généraux infectieux

Il faut bien reconnaître qu'en fait, au cabinet de consultation, c'est le diagnostic de phlégmon para-amygdalien qui est posé, et le diagnostic n'est redressé que devant des ponctions blanches itératives et l'inefficacité absolue du traitement antibiotique, qui font pratiquer le dosage de l'uricémie.

2- On a décrit également une "pharyngite aiguë goutteuse" (LE CORCHE 1884, LERMOYEZ, VERDALLE)

"Pharyngite aiguë, intense, hyperalgique, avec rougeur luisante du pharynx, possibilité de signes cervicaux, craquements, vertiges, inégalité pupillaire".

Cette forme particulière nous incite à rappeler la notion très importante de tropisme para-articulaire au moins autant qu'articulaire, de la goutte, notamment l'atteinte de l'appareil ligamentaire et tendineux. C'est le cas des atteintes électives de la face interne du 1er métatarse, de la bursite olécrânienne, des tendinites goutteuses, bien connus des rhumatologues.

L'étroite liaison anatomique entre les plans musculo-ligamentaires pré vertébraux et la paroi pharyngée postérieure pourrait peut être expliquer cette dernière forme, en faisant de la pharyngite le reflet de l'arthrite cervicale aiguë hyperuricémique, entraînant par contiguité l'inflammation de la paroi du pharynx.

L'atteinte péri-vertébrale cervicale expliquerait l'association à la pharyngite des signes vestibulaires, et des signes d'irritation du sympathique.

B - A côté de ces manifestations aiguës, à vrai dire assez exceptionnelles dans la pathologie ORL courante, il existe surtout, nous l'avons dit, des formes subaiguës ou chroniques de l'hyperuricémie aux multiples aspects cliniques, et qui méritent une étude détaillée.

En effet, les consultations des praticiens ORL sont hantées par ces malades, porteurs de pharyngopathies désespérément traînantes, douloureuses, obsédantes, pour lesquels diverses étiologies ont déjà été successivement évoquées, qui ont souvent entraîné une ou plusieurs interventions sur la cloison nasale, les cornets, une amygdalectomie, des adénoïdectomies itératives, des thérapeutiques soufrées, anti-infectieuses répétées.

Toutes ces thérapeutiques n'ont amené que des échecs, voire une aggravation du mal, sans parler du retentissement psychique plus moins sévère.

Jamais l'étiologie goutteuse n'a été évoquée, et il est bien évident qu'un dosage précoce de l'acide urique sanguin aurait évité à ces malades bien des désagréments et des mutilations inutiles.

1- La forme la plus commune est la pharyngite congestive, non secrétante :

Caractérisée par une muqueuse d'un rouge vif, permanent, écarlate, étendu à tout le pharynx, débordant sur les éléments voisins, voile du palais, langue, face interne des joues. La paroi postérieure est propre, sans sécrétion ; la douleur y est un élément particulier.

C'est cette forme qui se voit surtout chez le pléthorique et qui représente souvent une pharyngite intriquée, où l'hyperuricémie est associée à une mauvaise perméabilité nasale, un tabagisme excessif, un alcoolisme certain, voire un diabète et une urémie.

2- Bien plus caractéristique est la pharyngite catarrhale de l'adulte jeune. Il s'agit là d'un sujet, homme ou femme, longiligne, le teint pâle, sans antécédents particuliers, n'accusant aucune notion d'éthyle, fumant peu ou prou mangeant modérément.

Il se plaint de douleurs pharyngées tenaces, avec toux, sécheresse, irritation, survenues après des angines banales.

L'examen montre, outre un catarrhe plus ou moins profus, translucide, non purulent, une rougeur diffuse à tout le pharynx, mais plus intense que d'habitude écarlate, presque pourpré.

Chez un tel sujet, bien éloigné du goutteux classique, on est surpris de trouver un taux d'acide urique élevé de 70 à 100 mgr ou plus ; il s'agit là de pharyngite hyperuricémique vraie, forme de découverte la plus souvent.

En dehors de ces types extrêmes, d'importantes variations cliniques peuvent se voir :

a) Les autres pharyngites sèches

- pharyngite hypertrophique

- pharyngite atrophique, avec muqueuse mince parsemée de plages blanchâtres lisse, très sèche. Elle représente le plus souvent l'aboutissant final d'une autre forme après une plus ou moins longue évolution.

b) Les pharyngites secrétantes

- la pharyngite glaireuse : la muqueuse, toujours rouge vif, est enduite d'une sécrétion muco-purulente jaune clair, abondante, humide, brillante. Elle s'accompagne volontiers d'accès de toux, d'enrouement passager.

- la pharyngite gommeuse, précède l'évolution atrophique, avec sécrétions rares, collantes, sur une muqueuse lisse.

c) Il faut enfin insister sur les formes paresthésiques banales, avec gêne, douleurs fugaces, mal définies, mal localisées. On connaît le retentissement psychique plus ou moins grand de cette affection ; la découverte d'une uricémie élevée, dans de tels cas, peut amener une amélioration spectaculaire, par le traitement approprié, là où des paroles rassurantes et des médications sédatives s'étaient soldés par des échecs.

A tout le moins, une telle découverte a le mérite de proposer au malade une étiologie tangible, du plus heureux effet psychologique !

3- Pour résumer cette étude, il convient de distinguer deux groupes de pharyngopathies.

a) Les pharyngites hyperuricémiques pures, représentées surtout par la forme catarrhale douloureuse.

b) Les pharyngites hyperuricémiques intriquées, où les facteurs sur ajoutés expliquent la diversité des formes cliniques, mais où le caractère algique réalise le dénominateur commun de ces affections, et semble bien appartenir à la diathèse goutteuse.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC.

L'étiologie goutteuse de ces diverses pharyngopathies devant être systématiquement suspectée quand elles ne font pas leur preuve, nous allons étudier maintenant les divers critères nécessaires à l'élaboration du diagnostic. Ils sont de trois ordres :

Anamnestique, Clinique, Biologique.

A - L'anamnèse est un temps capital de l'examen. Il faut fouiller avec soin.

1- Les antécédents familiaux, au niveau des ascendants, des collatéraux le caractère héréditaire de l'affection étant reconnu quasi unanimement.

2- Les antécédents personnels, que nous avons également fréquemment retrouvés.

Il peut s'agir :

a) de l'accès typique de goutte aiguë, dont nous rappellerons brièvement l'essentiel :

Classiquement localisée au gros orteil, elle touche parfois les membres inférieurs, au niveau des grosses articulations au bien les mains, les coudes.

La rougeur intense, violacée, le gonflement exquisement douloureux des téguments contrastent avec l'absence de signes généraux infectieux en particulier.

L'évolution paroxystique, à début nocturne, cède généralement sans séquelles, mais récidive à une fréquence variable ; déclenchée souvent par un excès alimentaire ou de boissons alcoolisées.

L'accès, enfin, répond admirablement à la colchique et ses dérivés, ainsi qu'à la phénylbutazone.

En fait, nous avons rarement retrouvé de tels accès chez nos malades ; par contre, beaucoup plus fréquents sont les habitudes alimentaires excessives, l'alcoolisme, la sédentarité.

La notion de manifestations articulaires exagérées à l'occasion de traumatismes minimes a retenu notre attention.

De même, la notion de coliques néphrétiques, fréquemment retrouvée chez nos malades, nous a paru très évocatrice, même en l'absence de critères chimiques relatifs aux calculs.

B - L'examen clinique complet du malade sera une étape essentielle du diagnostic. Il s'efforcera de retrouver les divers stigmates de la diathèse uricémique.

1- Les tophi du pavillon de l'oreille, ne sauraient nous échapper, mais, malheureusement, il s'agit de signes très tardifs, bien que pathognomoniques de la maladie.

2- Les plaques calcaires tympaniques, décrites par certains auteurs, sont souvent retrouvées, mais l'extrême difficulté éprouvée à éliminer formellement tout passé otitique lui enlève toute valeur.

3- L'eczéma du conduit auditif, également classique, ne nous paraît guère plus sûr.

4- Intéressante est la notion de surdité par ankylose ossiculaire.

- Vérifiée anatomiquement sur un cas par TOYNBEE qui aurait décrit des microtophi sur les osselets.

- Soutenue également par GELLE, qui avait remarqué chez certains goutteux, un parallélisme entre leur poussée articulaire et l'aggravation de leur surdité.

- LERMOYEZ l'évoque aussi dans son chapitre sur les "otites sèches diathésiques", qu'il oppose aux otites sèches tubaires. Elles se caractériseraient par leur bilatéralité, leur évolution progressive, leur labyrinthisation précoce.

Le tympan est mince, avec des zones scléreuses épaissies. C'est le "rhumatisme déformant de l'oreille".

Cette notion n'est guère confirmée par les auteurs récents MARCHAND, sur 122 rhumatisants du service de COSTE, ne relève que 3 surdités chroniques progressives, et dont le parallélisme évolutif avec leur affection n'était pas évident.

Enfin, les anciens auteurs décrivaient un "catarrhe tubo-tympanique diathésique", récidivant, ainsi qu'une labyrinthite goutteuse, caractérisée par une audition douloureuse des vertiges, des acouphènes.

- l'insuffisance des examens vestibulaires ne permet pas de faire la part de l'arthrose cervicale et celle de la labyrinthite.

Quant à nous, nous n'avons pas retrouvé de tels antécédents chez nos malades.

5- Plus nets par contre sont la notion de :

- Rhinite congestive, simple extension de la pharyngite au niveau des fosses nasales.

- La laryngite goutteuse, également, peut se voir ; elle présente les caractéristiques cliniques de la pharyngite.

- Plus caractéristique est la recherche de points douloureux laryngés, au niveau de l'espace crico-thyroïdien, surtout à gauche. Ce signe est rapproché du "syndrome de Tietze" goutteux, caractérisé par la douleur thoracique haute, localisée plus particulièrement au niveau de la 3ème synarthrose chondro-costale gauche, ainsi qu'au rebord costal inférieur signalé par LIEVRE et CAMUS.

La douleur à la pression du sterno cleido mastoïdien est également un bon signe.

6- la recherche des manifestations articulaires et para-articulaires se révèle de loin la plus fructueuse.

Bien connues, classifiées par LAYANI, qui distingue la goutte aiguë, mono ou polyarticulaire, la goutte chronique, tophacée, et les arthropathies uratiques chroniques.

Dans nos observations, les manifestations articulaires et para-articulaires étaient le plus fréquemment rencontrées.

Contemporaines en règle des manifestations ORL, elles se caractérisaient :

- Par l'absence de systématisation et de symétrie habituelle, des arthropathies.

- Par la présence de points douloureux précis, spontanés ou provoqués, de haute valeur d'orientation et siégeant :

- a) Au niveau des mains : limitation des mouvements du pouce, plus rarement des autres doigts.

- douleur à la pression de l'articulation radio-carpienne, au niveau de la "tabatière anatomique".

- b) Au niveau des coudes : épicondylalgies, olecrânalgies.

- c) Au niveau des genoux : du tendon d'Achille, et, bien sur, du gros orteil.

Ces douleurs sont également déclenchées par les traumatismes les plus minimes.

7- Certains signes enfin, ne peuvent être retrouvés que par des spécialistes. C'est le cas, par exemple, des manifestations oculaires. (goutte oculaire de PAUFIQUE).

- A type d'épisclérite, de sclérite, d'iritis surtout; elles présentent l'évolution paroxystique, hyperalgique, nocturne guerissant le plus souvent sans séquelles.

C - Critère biologique enfin. Il se résume au dosage de l'acide urique par la méthode de GRIVAUD. Effectué sur du sang prélevé sur le sujet à jeun, il donne des résultats considérés comme significatifs à 55 mgr par litre ou plus.

Pour nous résumer, l'existence de pharyngites chroniques hyperuricémiques n'est pas douteuse. Pures ou intriqués à d'autres facteurs locaux ou diathésiques,

elles seront toujours à priori suspectées , l'orientation de ce diagnostic se fera sur des aspects cliniques assez polymorphes, avec cependant un caractère algique constant, sur les notions anamnestiques et surtout sur la coexistence de manifestations douloureuses, en des points bien précis de certaines articulations et de leur voisinage, toutes notions que vient confirmer le laboratoire.

Nous nous proposons maintenant d'étayer ces dires par quelques observations choisies parmi les 100 que nous avons étudiées, et qui illustreront les divers aspects précédemment décrits.

LES OBSERVATIONS

+++++

Nous allons présenter une sélection de 17 observations choisies parmi les centaines que nous avons étudiées, et qui représente des pharyngites chroniques anciennes, pluri traitées, et dont l'étiologie goutteuse nous a paru certaine.

Nous tenons ici à remercier le Docteur LAMAS qui a bien voulu nous donner accès à ses propres documents recueillis parmi la clientèle de la station thermale de LUCHON.

Nous avons donc éliminé, à dessein, toutes les pharyngopathies pouvant être dues à autre chose de plus évident.

- 1- Une suppuration naso sinusienne chronique.
- 2- Des intoxications professionnelles ou médicamenteuses.
- 3- Un ithylisme ancien et évident, seul, ou associé à un tabagisme excessif.
- 4- Une autre diathèse nette, notamment une glycémie supérieure à 1,10 g par litre.

Ceci fait, nous avons retenu comme critères valables :

1- L'association d'une pharyngite chronique d'allure idiopathique, associée à l'un ou plusieurs des signes d'orientation que nous avons précédemment décrits.

2- Une uricémie égale ou supérieure à 70 mgr par litre, chiffre expliqué par :

a) la méthode de dosage employée qui est celle de GRIGAUD; technique dont la précision relative demande une large marge de sécurité, et dont COSTE tient

pour pathologique un chiffre supérieur à 50 - 55 mgr par litre.

Quant à la pauvreté des examens complémentaires concernant la vitesse de sédimentation, la formule sanguine, les tests hépatiques, les épreuves fonctionnelles rénales, l'uricurie; elle s'explique, d'une part par le milieu où ces observations ont été recueillies en majeure partie, c'est à dire le milieu thermale de LUCHON, et d'autre part, par la difficulté rencontrée pour les faire accepter par des malades trainant leur affection depuis longtemps, et ayant déjà subi tant d'examens médicaux.

Au terme de cette sélection, nous avons retenue environ 80 observations, dont nous allons vous présenter les plus significatives.

Nous les avons réparties en plusieurs groupes.

GROUPE I :

Caractérisé par des pharyngites avec peu ou pas de signes d'accompagnement.

GROUPE II :

Pharyngites associées à des manifestations loco-régionales.

GROUPE III :

Enfin, où le tableau clinique est complet, avec manifestations régionales et générales articulaires et para-articulaires.

GROUPE I

Observation N° 1 : P. Michel, 31 ans, Charcutier.

Venu consulter pour une rhino pharyngite chronique avec dominante algique.

ANTECEDENTS ORL

Amygdalectomie et adénoïdectomie à l'âge de 8 ans. Depuis, plus d'angines, mais apparition, depuis quelques années, de maux de gorge, sans périodicité, accompagnés d'obstruction nasale, pour laquelle a été pratiquée une cautérisation des cornets.

Le malade souffre toujours autant de sa gorge.

L'EXAMEN :

Montre une pharyngite chronique et hypertrophique avec, au niveau des loges amygdaliennes, du voile et de la luette, une muqueuse rouge vif, et, au niveau de la paroi postérieure de l'oro-pharynx, des sécrétions glaireuses assez adhérentes.

Les fosses nasales sont congestives, avec des cornets inférieurs restés gros. Aucun signe de rhinite ni de sinusite. Le reste de l'examen ORL est négatif.

LE BILAN des autres appareils est également négatif. Il s'agit au total d'un homme actif, de 1m70 pour 66kg, qui, malgré une profession exposée, ne fait pas de suralimentation. Il boit peu et ne fume pas. Sa TA est de 12-8.

LE LABORATOIRE montre :

urée	0,58
glycémie	1,00
cholesterol	2,64
ac. urique	<u>0,077</u>

RESULTATS :

Le traitement général et local amène une amélioration notable de la diurèse.

Fonctionnellement, on note une amélioration très nette, avec cédation des douleurs, disparition de l'aspect congestif et catarrhal de la muqueuse.

Observation N° 2 : B. Henri, 53 ans, Directeur de banque.

Homme actif, de constitution robuste, le teint coloré, est exposé de par sa profession à des excès gastronomiques répétés lors de banquets, avec repas riches et bien arrosés. Il ne fume pas.

Poids : 78 kg pour 1m72, TA : 16-10

SIGNES FONCTIONNELS :

Se plaint de douleurs gutturales, avec sensation de corps étranger, entraînant un hémme constant et des râclements de gorge, s'accroissant en période de fatigue, ou lors des surinfections saisonnières.

A l'EXAMEN :

Pharynx rouge vif dans son ensemble avec aspect catarrhal, congestion maxima au niveau des amygdales, du voile et des piliers, et quelques granulations oro-pharyngées postérieures et latérales avec ébauche de faux piliers.

Le reste de l'examen montre :

- des fosses nasales propres, larynx normal
- légère presby-acousie.

Bilan rhumatismal, digestif, cardiovasculaire et urinaire normal.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE

urée	0,35
glycémie	0,97
cholestérol	3,25
ac. urique	0,075

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Disparition des hémorragies avec aspect moins congestif.

Observation N° 3 : M. Albert, 55 ans

Vient en cure thermale depuis 3 ans, pour des rhinopharyngites à répétition, et des algies gutturales très fréquentes, sans syndrome infectieux associé.

ANTECEDENTS :

amygdalectomie à l'âge de 43 ans, soldée par un échec.

amélioration passagère lors de la 1ère cure.

Actuellement, se plaint essentiellement de pharyngalgies tenaces, permanentes, sans renforcement saisonnière.

Elles sont à type de cuisson, d'irritation, associées à des douleurs de type névralgie du laryngé supérieur.

A l'EXAMEN :

Oro pharynx rouge vif, avec loges amygdaliennes **congestives**, quelques granulations sur la paroi postérieure et un locus vasculaire apparent.

Les fosses nasales sont congestives, banales.

Il s'agit au demeurant, d'un homme de 79 kg pour 1m70, pur coloré, ayant connu une activité intense les années précédentes, avec travail nocturne, exposition aux intempéries. Il mène maintenant une vie sédentaire et plus calme. Son régime alimentaire, naguère fort riche en viandes rouges et vins capitaux, s'est allégé. Il ne fume pas. Sa TA est à 11-7.

Le bilan articulaire, cardiovasculaire digestif et urinaire est normal.

On demande néanmoins les examens complémentaires révélant :

urée 0,49

Ac.urique 0,076

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Disparition des douleurs et de la congestion en fin de cure.

Observation N° 4 : D. Georges, 32 ans, Instituteur.

Sujet grand et fort, 91 kg pour 1m80, musclé, mais peu sportif, à tendance sédentaire nette.

Gros mangeur, surtout de viandes rouges, boeuf et cheval, il ne fume pas et boit très peu.

Aucun antécédent hyperuricémique, personnel ou familial.

Se plaint de pharyngalgies permanentes, avec sensation d'irritation et de picotements, sur laquelle se greffent des épisodes aigus, où il a tendance à s'enrouer, et où se produisent des mucosites abondantes, épaisses, difficiles à rejeter.

Aucun antécédent d'angines de l'enfance et pas d'amygdalectomie.

A l'EXAMEN :

Pharynx rouge vif, vermillon, hypertrophique avec faux piliers postérieurs, petites amygdales, et hypertrophie de l'amygdale linguale. Quelques sécrétions sur la paroi postérieure du pharynx.

Les fosses nasales sont propres, congestives.

Larynx, audition et tympons normaux.

A NOTER :

- la notion de polyarthralgies fugaces, non systématisées, asymétriques, avec points douloureux laryngés, radio carpiens et thoraciques.

Enfin, colite spasmodique nette avec cortège fonctionnel important.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

urée	0,48
glycémie	1,02
cholestérol	2,15
ac. urique	<u>0,108</u>

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Excellents, avec disparition des douleurs et déréngestion de la muqueuse
l'acide urique est retombé à 0,080 en fin de cure.

Observation N° 5 : K.... , 37 ans.

Homme au teint vif, pesant 95 kg pour 1m87, nerveux, actif, menant une vie agitée, venu soigner à LUCHON une rhino pharyngite chronique évoluant depuis de nombreuses années. C'est un tableau de pharyngite chronique douloureuse avec des poussées d'acuité extrême, faisant penser à des angines aiguës apyrétiques.

L'EXAMEN

Montre une pharyngite catarrhale typique avec tendance hypertrophique, marqueuse très inflammatoire.

Les fosses nasales sont également le siège d'une rhinite congestive hypertrophique antérieure, visible également en rhinoscopie postérieure.

Sur le plan articulaire, il existe des arthralgies fugaces et mobiles, ainsi qu'un point douloureux inter costal gauche.

Le malade a déjà fait 3 cures, soldées par une diminution progressive de l'ac. urique sanguin, associé à une amélioration parallèle de la symptomatologie.

1964	0,098
1965	0,086
1966	0,073

Observation N° 6 : S. Pierre, 30 ans.

Homme petit, actif, sanguin, au teint rouge vif, ayant depuis 3 ans restreint fortement ses excès alimentaires et ne fumant plus.

Se plaint depuis 6 ans d'une pharyngite congestive, très hyperalgique, avec évolution paroxystique et signes fonctionnels accentués.

Elle s'accompagnent d'une laryngite chronique avec dysphonie progressivement importante.

A l'EXAMEN :

Oro pharynx, très rouge, écarlate, avec reflexes vifs; la laryngoscopie indirecte montre une rougeur diffuse de l'hypopharynx et de la margelle laryngée, avec une pachydermie inter arythénoïdienne.

Fosses nasales : congestives à tendance croûteuse.

Audition et otoscopie normales.

Appareils digestif, ostéo-articulaire normaux. A noter une douleur provoquée à la pression du larynx et à sa mobilisation, notamment au niveau de l'espace crico-thyroïdien.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

urée	0,48
glycémie	0,98
ac.urique	<u>0,084</u>

RESULTATS satisfaisants.

Amélioration nette de la symptomatologie pharyngée.

Observation N° 7 : W. Arnold, 58 ans, Horloger bijoutier.

Il s'agit là du type "pléthorique", bien connu, mais encore assez modéré.

Corpulent, le cou court, l'allure joviale, souriante, actif, il vient pour une rhino pharyngite chronique douloureuse, apparue depuis quelques années, avec des périodes d'aggravations hivernales.

Pesant 83 kg pour 1m63, il mange bien, fume 10 cigarettes par jour, mais boit peu. Sa TA est à 19-10.

ANTECEDENTS

Familiaux de goutte, mais pas d'antécédents rhumatismaux personnels.

A L'EXAMEN.

On note une pharyngite congestive et catarrhale typique, provoquant des douleurs de gorge tenaces et gênantes. Le pharynx apparaît rouge dans son ensemble, avec tendance hypertrophique de la paroi postérieure, faux piliers encadrant les amygdales petites et enchatonnées, sans rétention. On note la présence de secrétions glaireuses qui s'écoulent sur la paroi postérieure.

Les fosses nasales sont occupées par des cornets inférieurs congestifs, sans secrétions purulentes. Présence de glaires dans le cavum.

Le reste de l'examen est normal.

On note aux examens complémentaires

urée	0,54
glycemie	1,06
cholesterol	2,35
ac. urique	0,091

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Satisfaisants. Bonne diurèse. TA 16-10. Poids 84 Kg. Cédation des douleurs et aspect moins congestif de la muqueuse.

GROUPE II

Observation N° 8 : Melle. A. Georgette, 48 ans.

Cette femme présente à la fois :

- des rhino pharyngites chroniques
- des rhumatismes vertébraux.

L'ensemble de ces troubles s'est nettement accentué ces trois dernières années, avec l'apparition de la ménopause.

Il s'agit d'une personne mince, 63 kg pour 1m70, menant une vie calme exempté d'excès alimentaires ou de boissons, ne fumant pas, avec une TA à 15-9.

Aucun antécédent digestif, urinaire ou cardiovasculaire notable.

Apport hydrique faible, petite hyperthyroïdie, avec goitre traité dans sa jeunesse. Faible diurèse.

Hérédité goutteuse retrouvée (père).

Sur le plan ORL, on note une pharyngite chronique avec fréquents épisodes rhino pharyngés hivernaux.

Troubles fonctionnels nets, avec sensation de cuisson, d'irritation de gorge douleur laryngée, notamment à la mobilisation.

A L'EXAMEN

Pharyngite congestive et catarrhale, avec rougeur diffuse, loges amygdaliennes cicatricielles (amygdalectomie en 1947), et ébauche de faux piliers postérieurs.

Présence de sécrétions glaireuses non adhérentes.

Au niveau des fosses nasales et du larynx, peu de choses.

Sur le plan articulaire, Melle. A., se plaint surtout d'une arthrose cervi-

cale, entraînant des céphalées occipitales, des vertiges aux mouvements brusques de la tête.

Le laboratoire montre

urée	0,51
glycémie	1,03
cholesterol	2,83
Ac. urique	<u>0,076</u>

RESULTATS

Satisfaisants. Bonne diurèse. 61 kg. TA 13-7
Pharynx moins congestif.

Observation N° 9 : B. Jack, 35 ans, Dessinateur industriel.

Homme grand, corpulent, coloré, assez pléthorique, pesant 86 kg pour 1m70, ne fumant pas, ne buvant pas, bonne hygiène alimentaire, sans surcharge protidique.

Présente une pharyngite chronique apparue depuis 5 ou 6 ans, avec angines rares, mais fréquentes poussées de rhinites saisonnières. A subi une amygdalectomie dans l'enfance.

L'EXAMEN

Montre, malgré des reflexes très vifs, un pharynx rouge écarlate, avec granulations postérieures et formations lymphoïdes vicariantes. Présence de mucosites épaisses, adhérentes, retrouvées en rhinoscopie postérieure dans le cavum.

En rhinoscopie antérieure : rhinite hypertrophique banale et congestive.
Enfin, douleurs à la mobilisation du larynx.

Sur le plan articulaire, on note d'abord une cervicarthrose importante pour un homme de cet âge avec céphalées occipitales, raideurs de la nuque, quelques douleurs laryngées, un point douloureux crico-thyroïdien.

Pas d'antécédents digestifs ou urinaires, ni familiaux.

LABORATOIRE

urée	0,38
glycemie	0,98
cholesterol	2,37
ac. urique	<u>0,085</u>

Après traitement, résultat immédiat excellent, avec atténuation des douleurs cervicales et pharyngées.

Observation N° 10 : Mme. C. Jeanne, 66 ans, retraitée de l'Administration.

Il s'agit d'une femme forte, à tendance pléthorique, au teint rouge, ayant eu une vie sédentaire. Fort appétit, elle mange beaucoup de viandes rouges, boit peu. Pèse 66 kg pour 1m58. TA 14-8.

Venue soigner à LUCHON une pharyngite hyperalgique.

Il s'agit en effet d'une pharyngite très douloureuse, rebelle à la thérapeutique, s'accompagnant de brûlures, de paresthésies, et d'une fragilité rhino pharyngée l'exposant à de fréquentes poussées hivernales.

A L'EXAMEN

Pharynx très congestif, framboise, avec deux énormes faux piliers postérieurs entre lesquels s'écoulent des sécrétions glaireuses. Les reflexes sont vifs.

Le reste de l'examen ORL ne montre rien d'autre qu'une rhinite congestive banale.

Du point de vue articulaire, il existe une arthrose cervicale très importante douloureuse, enraidissante, accompagnée de cellulite cervicale postérieure, de céphalées occipitales, de vertiges.

Existence aussi de polyarthralgies, des mains, des radio carpiennes, et du sternum.

LABORATOIRE

urée	0,34
glycémie	1,09
cholesterol	2,59
ac. urique	<u>0,076</u>

Après traitement, amélioration de la symptomatologie pharyngée, avec notamment disparition des douleurs.

Observation N° 11 : F. 43 ans.

Homme grand, non corpulent, (75 kg pour 1m70) non congestif, assez gros mangeur, non éthylique, adressé pour une pharyngite chronique, sujette à de nombreuses complications saisonnières, indifférente à la thérapeutique.

Il accuse des "maux de gorge" toute l'année, avec en permanence une sensation d'irritation dans le fond du pharynx.

A L'EXAMEN

Pharynx congestif, avec reflexes vifs, muqueuse épaissie, écarlate, amygdales petites, un peu cryptiques sans rétention, faux piliers postérieurs.

Luette et voile écarlate.

Sécrétions glaireuses, descendant sur la paroi pharyngée.

Sur le plan articulaire, on note une arthrose cervicale nette, ainsi que des engourdissements articulaires des doigts le matin, et des douleurs thoraciques sterno-costales.

Pas d'antécédents digestifs, urinaires. Pas de diathèse goutteuse familiale connue.

LABORATOIRE

Effectué à deux reprises lors de deux cures :

<u>1965</u>		<u>1966</u> (fin de cure)	
urée	0,46	urée	0,37
glycemie	1,04	glycemie	0,98
cholesterol	2,36	cholesterol	2,30
ac. urique	0,086	ac. urique	0,072

Observation N° 12 : Mme. B. J., 53 ans.

Venue consulter pour une pharyngite chronique et une arthrose cervicale accompagnée de signes fonctionnels importants.

ORL

Marqué par le caractère douloureux de la pharyngite avec sensation d'irritation permanente.

L'EXAMEN

Montre un pharynx écarlate dans son ensemble avec un aspect très congestif du voile, de la paroi postérieure et des amygdales qui ne présentent aucun signe de rétention caséuse. Même aspect au niveau des fosses nasales.

Le larynx est un peu douloureux à la mobilisation avec point douloureux laryngé supérieur.

ARTICULATIONS

Cervicarthrose très importante. Céphalées occipitales surtout en position couchée, douleurs raideur, craquements au niveau du rachis cervical. Vertiges rotatoires aux changements de position de la tête. Signe de Romberg positif avec chute vers la gauche. Enfin, quelques acouphènes.

Ces signes évoquent une insuffisance vertébro-basillaire.

On trouve, en outre, une cellulite cervicale postérieure avec nodosités douloureuses à la palpation.

Appareil digestif normal.

Urinaire : rétention hydrique nette, avec infiltration cellulitique diffuse, et mauvaise diurèse.

TERRAIN

Femme pâle, indolente, à teneur obèse, pesant 83 kg500 pour 1m60, TA 15-9. Mène une vie calme, mange très modérément, boit peu, surtout de peur de grossir.

LABORATOIRE

urée	0,31
glycemie	0,92
cholesterol	2,25
ac. urique	<u>0,075</u>

RESULTATS

Cliniquement très bons avec disparition des douleurs et de la sensation d'irritation.

GROUPE III

Observation N° 13 : M.. Louis, 44 ans, Professeur de lycée.

ANTECEDENTS ORL

Laryngite chronique à 35 ans, avec polype de la corde vocale droite, enlevé, suivi d'une cure thermale où l'on avait déjà noté une goutte, traitée par vaporium et cure d'eau de Ravi.

AUTRES ANTECEDENTS

Deux crises aiguës du gros orteil dans l'hiver 1943, traitées médicalement.

Se plaint maintenant d'une pharyngite douloureuse gênante, avec fragilité rhino pharyngée et fatigabilité vocale.

A L'EXAMEN

Pharyngite congestive diffuse, avec amygdales petites et saines. Larynx d'aspect normal.

Fosses nasales

Rhinite hypertrophique congestive.

Sur le plan articulaire, cervicarthrose et lombarthrose modérées.

Présence de signes d'orientation : douleur aux poignets, aux chevilles.

Le reste de l'examen est négatif, tant sur le plan ORL que général.

TERRAIN

Homme de 1m73 pour 83 kg, avec une TA 14-9

Mangeur modéré, peu porté aux excès alimentaires ni aux boissons, ne fume pas et mène une vie calme.

LABORATOIRE

urée	0,38
glycemie	1,09
cholesterol	3,35
ac. urique	<u>0,096</u>

RESULTATS

Traité par deux cures avec traitement diurétique dans l'intervalle.
Cédation des phénomènes douloureux, disparition de la fragilité rhino pharyngée.

Observation N° 14 : Mme. L. 67 ans.

Cette observation, très intéressante, car montrant une étiologie goutteuse indéniable, prouve également l'efficacité thérapeutique thermale, par l'absurde, en quelque sorte.

Il s'agit d'une femme venue pour une rhino pharyngite chronique depuis 4 ans, associées à des troubles articulaires, dont la nature goutteuse est prouvée par la présence de Tophi au niveau des doigts, des orteils, par une uricémie supérieure à 0,083 mgr.

Elle se plaint de maux de gorge fréquents, avec poussées douloureuses apyrétiques, sensation permanente d'irritation d'allure paresthésiques.

L'EXAMEN

Montre une fois encore une pharyngite congestive et hypertrophique, associée à une rhinite congestive, sans sécrétions muco purulentes.

Du point de vue laryngé, tendance à l'enrouement, et point douloureux exquis crico-thyroïdien gauche.

Auditif, : eczéma du conduit, tympan gauche un peu rétracté et surdité mixte à 20 db. sur le 4000 à droite
40 db. sur le 4000 à gauche

Sur le plan articulaire, importante arthrose cervicale douloureuse, avec céphalées occipitales, acouphènes, vertiges, signe de Romberg positif.

Points cellulitiques au niveau de la nuque.

Cette arthrose est diffuse et déformante sur toute la colonne vertébrale.

Enfin, présence de tigri aux doigts (articulation inter phalangienne du médus main droite) aux orteils.

Points douloureux radio carpien, aux coudes, genoux.

Sur le plan urinaire : obgodipsie oligurie.

TERRAIN

Bon appétit, mais pas d'emboupoint. Ne fume pas, ne boit pas. Sans antécédents digestifs ni urinaires notables. Pèse 65 kg pour 1m64.

LABORATOIRE

Traitée par baies et douches, et ne supportant pas le radio vaporium, elle suit mal les cures diurétiques. Ceci explique l'échec biologique et clinique.

	1963	1964	1965	1966
urée	0,42	?	0,46	0,37
glycemie	N	N	N	N
cholesterol	2,20	2,35	2,37	2,30
ac urique	0,092	0,085	0,096	0,083

Observation N° 15 : Mme. L. 57 ans, sans profession.

Petite femme active, nerveuse, au teint clair, souffrant depuis plus de 10 ans de pharyngite chronique, et de douleurs vertébrales.

Appétit modéré, boit peu, ne fume pas.

Dans le domaine ORL

Les S.F. sont très accusés, les épisodes douloureux fréquents, des sensations paresthésiques, et du hémorragie.

A L'EXAMEN

Réflexes vifs, pharyngite congestive diffuse, avec une tendance gommeuse.

Fosses nasales : propres, dégagées.

Oreilles : eczéma des conduits.

Articulations : Arthrose de la colonne vertébrale, avec cellulite cervicale postérieure. Accessoirement, dorsalgies, lombalgies.

Points douloureux : Larynge, épicondyliens et thoraciques.

Urinaire : Existence d'une colique néphrétique droite suivi d'une UIV.

TERRAIN

Femme de 50 kg pour 1m52. TA 14-9

LABORATOIRE

urée	0,48
glycemie	0,98
cholesterol	2,57
ac. urique	0,076

RESULTATS

Bons, avec augmentation de la diurèse disparition des signes douloureux pharyngés, amélioration des arthralgies

Observation N° 16 : Mr. L. Henri, 54 ans.

Réalisé aussi une forme très démonstrative de pharyngite goutteuse.

Homme corpulent, au teint vif, mangeant peu, buvant peu d'alcool, ne fumant pas, vient soigner à LUCHON une pharyngite chronique.

Il se plaint d'une gêne permanente au niveau de la gorge avec sensation de cuisson, sans que l'on puisse parler de ténésme ou de dysphagie. Il subit de fréquentes poussées hivernales, mais sans angines fébriles nettes.

L'EXAMEN

Gêné par des reflexes vifs, montre un pharynx écarlate au niveau de l'isthme, une hypertrophie des piliers et des amygdales qui sont rouges, sans cryptes, et une paroi postérieure catarrhale recouverte de glaires.

Les muqueuses nasales et hypopharyngées participent à ce processus.

Sur le plan articulaire :

Douleurs cervicales postérieures, du cou, de la nuque, avec céphalées occipitales, craquements, sensation d'enraidissement du cou, vertiges de position.

Par ailleurs, arthralgies fugaces, mobiles, au niveau des articulations interphalangiennes, des poignets, chevilles et points douloureux sterno costaux.

A noter enfin :

1°) Un antécédent familial de crise aigue du gros orteil chez la mère.

2°) Des antécédents de crises de coliques néphrétiques droites répétées dans les années précédentes, traitées par des cures de diurèse.

LABORATOIRE

urée	0,48
glycemie	1,02
cholesterol	2,38
ac. urique	<u>0,101</u>

RESULTATS

Un an après une cure thermale, excellent résultat pharyngé avec bon hiver, mais persistance des douleurs mobiles.

Observation N° 17 : Mr. K. 41 ans, Représentant en tissus.

Homme d'une corpulence moyenne, 75 kg pour 1m73, très actif, sollicité de par sa profession à faire des excès de table, mais se surveillant, ne fume pas, boit peu, mais prend quelques apéritifs.

Se plaint depuis 4-5 mois de maux de gorge assez localisés aux régions amygdaliennes, avec parfois otalgie réflexe. Il n'accuse aucun antécédent d'angines.

On retrouve chez lui la notion caractéristique de poussées douloureuses nocturnes, d'apparition brutale, durant quelques heures, et disparaissant aussi soudainement, le tout sans aucune fièvre.

A L'EXAMEN

Pharyngite catarrhale, avec glaire assez adhérent, sur une muqueuse modérément congestive. Amygdales parfaitement saines, non cryptiques.

Fosses nasales : montre une rhinite congestive banale, sans sécrétions.

Le reste de l'examen des appareils digestifs, urinaires, cardiovasculaire s'avère normal.

Les antécédents familiaux montrent une goutte connue chez le père, avec une crise de coliques néphrétiques.

Antécédents personnels : Le malade a déjà été traité il y a 4 ans pour une hyperuricémie de découverte fortuite lors d'un bilan.

Sur le plan ostéo articulaire, l'existence de points douloureux radio carpiens laryngés supérieur est très net. De même, il souffre de douleurs thoraciques hautes, ayant même fait évoquer un angor, et qui s'avère être un syndrome de Tietze typique.

Il s'agit donc là d'une pharyngite goutteuse authentique, avec tableau très riche et confirmé par le :

LABORATOIRE

urée	0,30
glycémie	0,98
cholesterol	2,15
ac. urique	<u>0,080</u>

Ce malade est actuellement au traitement médical.

ETUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

Portant sur près de 100 observations dont nous venons de voir un échantillonnage, elle portera sur 4 points principaux :

- I LES FACTEURS ETIOLOGIQUES
- II LES MANIFESTATIONS ORL
- III LES MANIFESTATIONS OSTEO ARTICULAIRES
- IV LES MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES

I - LES FACTEURS ETIOLOGIQUE

1- Suivant le sexe

Hommes 75 %

Femmes 25 %

2- Suivant l'âge

Au dessous de 40 ans
entre 40 et 50
entre 50 et 60
entre 60 et 70
au dessus de 70

HOMMES	FEMMES	TOTAL
7	0	7
19	6	25
18	16	34
5	3	8
1	0	1

L'âge minimum observé a été de 27 ans

L'âge maximum de 73 ans

L'âge préférentiel se situe entre 40 et 60 ans.

Il est intéressant de constater également qu'aux trois groupes d'observations
présentés correspond en gros trois groupes d'âge :

GROUPE I : adultes jeunes 40 ans de moyenne

GROUPE II : âge moyen de 50 ans

GROUPE III : âge moyen de 60 ans

Ceci tendrait à prouver que la pharyngite gouteuse peut être une manifestation précoce de la maladie et que les formes pures, isolées, se voient volontiers chez l'adulte jeune, où son dépistage systématique est le plus utile.

3- Antécédents familiaux hérédités

Enquête difficile en règle, vu le manque d'information des malades sur le passé pathologique de ses parents, et l'imprécision de leurs dires, elle nous a obligé à une sévère sélection des notions retrouvées.

15 cas nous ont révélé des crises aiguës typiques chez l'un des parents.

Deux frères, de parents gouteux, souffraient eux mêmes de pharyngite hyperuricémiques.

4- Antécédents personnels

Classés sous trois rubriques :

1) Antécédents digestifs

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
hépatobiliaire	1	1	2
intestinaux (colite)	9	3	12
constipation opiniâtre	2	10	12

2) Antécédents rénaux ou urinaires

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
coliques néphrétiques	3	2	5
albuminurie	2	0	2
azotémie supérieure à 0,40	21	7	28
azotémie supérieure à 0,50	8	5	13

Il faut constater la grande fréquence (55 %) d'azotémie supérieure à la normale.

De même, on constate l'action relative des restrictions hydriques, ou des faibles diurèses, bien contingentes hélas puisque près de 60 % de nos malades en souffraient.

3) Antécédents goutteux

crise aiguë typique
tophi articulaire
tophi du pavillon

HOMMES	FEMMES	TOTAL
3	1	4
1	2	3
1	2	3

5- L'étude du mode de vie et des conditions d'hygiène alimentaire est très suggestive.

Pour cela, il faut déjà examiner la fréquence relative des types morphologiques, et l'on est surpris de constater que trois fois plus de malades ont un aspect normal, longiligne, petit ou maigre que l'aspect pléthorique classique.

pléthorique
autres

HOMMES	FEMMES	TOTAL
16	2	18
40	17	57

Mis à part les professions "exposées", telles que boucher, charcutier traiteur, cuisinier, mais aussi représentant, homme d'affaires, nous pouvons classer les sujets suivant leur mode de vie en :

- 1) sédentaires : rencontrés dans les GROUPES II et III
- 2) actifs : au total du GROUPE I

La notion classique de surmenage nerveux et de sédentarité, comme facteurs favorisants a été pleinement retrouvée ici

SEDENTAIRES 58 %

SURMENES 52 %

Suivant leurs conditions d'hygiène alimentaire, nous distinguerons :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
les suralimentés	16	1	17
les normo-alimentés quantitativement mais non qualitativement (excès azoté)	17	6	23

Grosse prédominance masculine des suralimentés ou des excès en viande rouge.

Du point de vue boisson

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
bons buveurs sans excès (< 11 par jour) mais avec apéritifs, vins capiteux	18	0	18
buveurs modérés sobres sans apéritifs	30	8	38
non buveurs	16	3	19

Encore une fois écrasante prédominance masculine des intempérants.

Les éthyliques notoires ont été éliminés de cette statistique.

Il en est de même des fumeurs, où nous n'avons gardé que les sujets présentant un tabagisme modéré ou discret.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
10 cig/ jour et plus	15	0	15
moins de 10 cig.	23	7	30
non fumeurs	13	17	30

On constate que 75 % de nos malades sont peu ou pas fumeurs.

II - MANIFESTATIONS ORL

Nous avons classé nos malades, particulièrement étudiés du point de vue pharyngitique, sous trois rubriques :

1- LES DONNEES ANAMNESTIQUES

Il faut avant tout noter l'extrême fréquence des poussées rhino pharyngées aiguës hivernales, retrouvées dans 80 % des cas.

Ceci souligne l'action fragilisante et débilitante de l'hyperuricémie sur la muqueuse rhino pharyngée enflammée.

Par contre, ni l'amygdalectomie ni l'électro coagulation des amygdales n'ont paru avoir d'influence sur l'évolution de la pharyngite.

De même, les antécédents laryngés à type de polypes des cordes, de leur leucoplasie, de pachydermie, semblent indépendants de la goutte.

Par contre, la notion de laryngite saisonnière retrouvée dans 26 % des cas, participe certainement à l'action débilitante de l'hyperuricémie sur les muqueuses ORL.

Les rhino sinusites suppurées ont été intentionnellement écartées, pour leur action modificatrice et masquante.

Les antécédents auditifs

Ils n'ont pas paru significatifs dans notre étude, et, nous l'avons déjà dit, nous les croyons contingents, à la suite des récents travaux effectués à ce sujet.

Nous avons retrouvé une hypoacousie, sans préjugé étiologique dans 21 % des cas, répartie dans les trois groupes d'observation.

2- SIGNES FONCTIONNELS

Ils ont été classés en trois rubriques :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
1) pharyngalgies nettes, avec irritation douloureuse, cuisson (GROUPES I et II)	43	14	57 = 75 %
2) douleurs moins vives parasthésiques avec sensation de gêne.	10	8	18 = 25 %
3) SF de voisinage ou d'accompagnement (toux hémorragique, raclement, rhinorrhée)	40	20	60

3- SIGNES D'EXAMEN

A - Au niveau du pharynx

La pharyngite congestive hypertrophique est de loin la plus fréquente, avec souvent un aspect catarrhal ou glaireux sur ajouté.

La forme gommeuse, avec début d'atrophie, aspect vernissé, est beaucoup plus rare (environ 13 %) vues surtout dans les GROUPES II et III après une longue évolution.

La vivacité des reflexes nauséux au contact, enfin, a été très fréquemment retrouvée. (35 %)

Nous pouvons donc considérer que les formes jeunes correspondent aux pharyngites hypertrophiques catarrhales, et les formes vieilles aux pharyngites gommeuses et atrophiques.

Cette évolution est celle de toutes les pharyngites chroniques, et souligne encore, si besoin était, la nécessité d'un dépistage précoce.

B - Au niveau des fosses nasales

On relève un peu la même chose

aspect normal	13
congestif simple	37
congestif hypertrophique	25

C - Au niveau de l'hypopharynx et du larynx

normal	13
congestif discret	47
très congestif	15

D - Au niveau de l'appareil auditif

eczéma des CAE	5
plaques calcaires tympaniques	7
hypoacousie de tous ordres.	HOMMES = 11
	FEMMES = 5

C - MANIFESTATIONS OSTEO ARTICULAIRES

I - Dans le 1er groupe, ils n'existent pas par définition, tout au plus retrouve-t-on des signes d'orientation points douloureux spontanés ou provoqués

HOMMES = 15

FEMMES = 0

soit environ 20 %

II - Dans le 2ème groupe, nous trouvons les manifestations loco-régionales, essentiellement.

- l'arthrose cervicale plus ou moins sévère

- bénigne

- douloureuse avec tendance à l'ankylose

- sévère, avec céphalées, vertiges, etc...

- les douleurs laryngées, inter crico thyroïdiennes étaient quasi constantes.

- enfin, nous avons retrouvé également les points douloureux sus décrits : radio carpiens, épicondyliens et le syndrome de Tietze.

Ces sujets représentaient 30 % des observations.

III - Dans le 3ème groupe, le plus important, représentant près de 50 % des malades, nous trouvons un fort pourcentage de feammes (48 %).

C'est dans ce groupe que le manifestations générales de leur diathèse se trouvent au complet.

Leur étude plus proprement rhumatismale, échappe au cadre que nous nous

sommes fixé.

Signalons que nous avons néanmoins retrouvé la prédilection de l'atteinte des petites articulations digitales, carpiennes, des pieds.

- les coudes et genoux plus rarement
- des articulations vertébrales surtout, lombaire et parfois dorsales.

D - MANIFESTATIONS BIOLOGIQUES

1) Le dosage de l'acide urique nous montre :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
70 - 80 mgr	13	13	26
81 - 90 mgr	25	5	30
91 - 100 mgr	14	3	17
au dessus de 100 mgr	2	0	2

Vu la répartition homogène de ces malades dans les divers groupes, on peut conclure que :

Il n'y a pas parallélisme entre le taux d'acide urique et les manifestations cliniques.

2) L'azotémie

au dessous de 0,40 g	18	
entre 0,41 et 0,50	38	
au dessus de 0,50	19	77 %

On constate la grande fréquence de l'hyperazotémie existant dans les GROUPES II et III, peut être dûe aussi à la moyenne d'âge plus élevée.

3) La glycémie a été volontairement écartée de nos observations au dessus de 1,10g.

4) La cholestérolémie s'est révélée normale dans la plupart des cas.

TRAITEMENT

Nous envisagerons schématiquement le traitement des pharyngites hyperuricémiques sur deux plans.

A - TRAITEMENT MEDICAL CLASSIQUE

de la phase - aiguë
- d'entretien

B - TRAITEMENT CRENOTHERAPIQUE

Tel qu'il est notamment pratiqué à LUCHON, et nous nous inspirerons largement des travaux de LAMAS et MOUCHARD qui ont beaucoup contribué à l'élaboration de cette thèse.

A - TRAITEMENT MEDICAL CLASSIQUE

I - Durant la phase aiguë

Ce traitement est applicable aux formes pseudo-phlegmoneuses essentiellement, ainsi qu'aux pharyngites aiguës goutteuses de LERMOYEZ. Il permet de passer la phase hyperalgique et de mettre ensuite en oeuvre le traitement d'entretien indispensable.

1) La colchicine est le médicament héroïque, il sera administré :

a) Per os, à la dose de trois milligrammes le premier jour, deux milligrammes les deux jours suivants, et un milligramme ensuite. Une dose totale de 7 milligrammes est en règle suffisante pour amener une cédation.

b) Intra veineuse, dans les crises hyperalgiques, à la dose de un milligramme le premier jour, et poursuivi per os les jours suivants. La survenue de troubles digestifs (diarrhée) impose la diminution ou l'arrêt du traitement.

2) D'autres médicaments peuvent être employés

a) La phénylbutazone, aussi efficace, et également uricasique. Elle sera donnée à la dose de 400 à 600 mgr/jour jusqu'à cédation des symptômes.

Malheureusement, elle exige un appareil digestif parfait, car elle peut être responsable d'hémorragies digestives.

De même, des accidents à type d'agranulocytose ont été signalés.

b) Le cincaphène peut être utilisé, mais il est assez toxique.

c) Les corticoïdes enfin, sont peu efficaces, et plus dangereux qu'utiles dans le cas qui nous préoccupe.

Au total : deux traitements.

- la colchicine, qui a l'avantage d'être également un test thérapeutique, car spécifique de la goutte.

- la phénylbutazone, moins spécifique, mais tout aussi efficace.

B - TRAITEMENT D'ENTRETIEN

Il succède obligatoirement à la phase aiguë, et sera un très utile complément à la cure thermique.

Il comporte :

1) Les agents uricasiques

Outre le cincaphène, que nous n'employons guère vu sa toxicité relative, néfaste dans un traitement nécessairement au long cours, nous pouvons utiliser :

- Les solicylates, seuls ou associés à la glycéne, actuellement un peu dépassés.

- Surtout, le probenecid, agent uricassique majeur, inhibant la réabsorption tubulaire, et augmentant la clearance de l'acide urique.

On l'emploie en cure d'entretien à la dose de 1 à 2 g/jour.

INCONVENIENTS

Il est à déconseiller dans les insuffisances rénales et hépatiques. Ceci est très important car nous avons vu que la plupart de nos malades avaient une urée élevée. C'est ce qui donne toute sa valeur à l'autre aspect du traitement, qui est le plus efficace dans notre cas : il agit tout sur l'urée que sur l'acide urique,

nous voulons parler du traitement crénotherapique que fera l'objet du 2ème chapitre du traitement.

2) La diététique est aussi importante surtout dans la forme du pléthorique. Il comporte essentiellement :

a) Le régime, le malade devra éviter d'absorber ou bien très modérément :

asperges
choux fleur
choux de Bruxelles
choux
brocolis
épinard
oignons
ail
rhubarbe
ris de veau
anchois
sardines
foie
rognons
cervelle
extraits de viande
jus, sauce bouillons
graisse animale
crème
beurre saindoux
épices
boissons gazeuses
chocolat
sucre en excès

fruits frais crus (abricots, pêches, raisins)

bière et alcool

vins rouges cassés surtout (bourgogne, côtes du Rhône)

b) L'exercice physique modéré, mais régulier, nous avons vu le néfasto-
effet de la sédentarité.

Il sera utilement complété par le sauna effectué une fois par semaine, et
qui nous a donné d'excellents résultats.

c) Les cures de diurèse enfin, réalisées par l'eau de Vittel ou de Contrex-
ville, d'évian, à la dose de deux litre par jour, en dehors des cures de diurèse
réalisées à la station thermale elle même.

d) Alcaliniser les urines enfin, pour favoriser l'uricurie.

C - LE TRAITEMENT THERMAL

Nous ferons là de larges emprunts aux travaux de LAMAS et MOUCHARD à LUCHON, ainsi qu'à la thèse de Claude CESTRE.

Le traitement thermal est le traitement idéal des pharyngopathies chroniques en général.

Les eaux sulfurées et radio actives sont les plus efficaces contre la goutte articulaire, et naturellement pharyngée.

Outre les stations comme Aix les Bains, Dax, il faut citer LUCHON, spécialement équipée pour le traitement de la diathèse goutteuse et particulièrement de ses manifestations pharyngées.

Ce traitement comporte deux parties :

I - LE TRAITEMENT LOCAL

II - LE TRAITEMENT GENERAL, lesquels s'harmonisent et se complètent.

I - LE TRAITEMENT LOCAL

Il comporte :

1) L'irrigation nasale, les gargarismes

Elle sera faite, sur ces muqueuses fragiles et congestives, avec des eaux faiblement thermales et de sulfuration basse et on évitera les grandes irrigations ou back pour utiliser la pipette type rhino pipette de LUCHON.

On fera des irrigations la tête en position de rose pour bien irriguer le cavum, suivi d'irrigation à l'eau courante.

Les gargarismes comportent surtout outre les méthodes classiques,

douche pharyngée, avec un pistolet sous pression et une eau de haute thermalité, dont l'action est double:

- a) physique : provoquant un véritable massage de la muqueuse, tant par l'eau que par les réflexes nauséeux.
- b) chimique : favorisant la pénétration sulfurée.

2) Les aérosols

Effectués à thermalité basse au dessous de 39°, par séances de 5 à 15 minutes, une à deux fois par jour.

Ils assurent par voie pulmonaire (micelles de 2 μ) une bonne pénétration sanguine du soufre, en contournant la barrière hépatique.

3) Les humages :

Gaz sulfuré sec obtenu par barbalogie, administré 10 à 15 minutes par voie nasale une à deux fois par jour. Du fait de la grande pénétration du soufre par cette méthode, il faut éviter un humage trop long qui serait nocif.

Pour les pharyngites chroniques goutteuses, nous utiliserons évidemment les humages les moins agressifs.

II - LE TRAITEMENT GENERAL

Il se résume à deux grandes chapitres.

A- La cure de diurèse

B- La cure de sudation, par le radio vaporium.

A- Cure de diurèse

Les boissons sulfureuses sont en règle mal tolérées chez les hyperuricémiques, où elles provoquent des troubles digestifs, notamment hépatiques.

On leur préférera les eaux silicatées, légèrement calcaires et de thermalité basse, type l'eau de RAVI.

Leur propriété hyperhémiant sur l'appareil urinaire et radio active les rend très diurétiques.

Elles sont bien supportées, les urines de l'uricémie deviennent alcalines ou neutres.

Les eaux radio actives, contenant de faibles proportions de radon, éliminé par voie pulmonaire et donc exempt de risques d'accumulation, sont également très diurétiques comme le prouvent les travaux de CASTAIGNE, SANTENOISE ET GRANDPIERRE.

Prise à la dose de 200 gr par jour, elle provoque chez l'homme un volume urinaire de 2000 cc/jour avec nette augmentation de l'uricurie, de 25 à 30 %.

B- La cure de sudation

Réalisée au mieux par le radio vaporium de LUCHON.

Réalisée dans une grotte creusée dans le pegmatite, elle contient des vapeurs sulfureuses, et radio actives et thermales variables, provenant des parois elles-mêmes.

La thermalité augmente avec la profondeur de la grotte, tandis que la radio activité diminue.

Le curiste pénètre progressivement dans cette grotte où il ne reste pas plus

de 20 minutes.

Il manifeste alors une sudation abondante, sans modification de diurèse; avec perte pondérale de 500 à 600 gr.

L'action est multiple :

Sédative, désensibilisante, anti toxique, mais aussi métabolique, voire neuro hormonale.

Les inconvénients :

Parfois un peu de tachycardie lors des premières séances.

L'action sur l'uricémie a été prouvée expérimentalement sur le poulet, par PIERY à Lyon.

Cet animal étant dépourvu de glandes sudoripares présente au bout d'un mois de régime carné, un syndrome goutteux avec hyperuricémie.

Soumis en même temps au radio vaporium, ils ne manifestent aucun trouble articulaire, et ne modifient pas leur uricémie.

La cure de sudation, telle qu'elle est pratiquée ici, est capable à elle seule d'améliorer nettement l'état général et local de ces malades.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Ils seront examinés en fonction de deux sortes de critères :

A- CLINIQUES, fondés sur :

1) L'amélioration des signes fonctionnels pharyngés

- disparition des phénomènes algiques, de la sensation d'irritation, des gênes, des paresthésies.
- raréfaction de l'expulsion des glaires
- atténuation des signes de voisinage.
- persistance des résultats à long terme, notamment dans le domaine algique, et dans la raréfaction des épisodes saisonniers, traduisant la meilleure défense de la muqueuse.

GROUPE I

amélioration nette	5
amélioration très nette	11

GROUPE II

amélioration nette	14
amélioration très nette	12

GROUPE III

amélioration nulle	1
nette	25
très nette	8

2) Amélioration des signes loco-régionaux et à distance

Elle est généralement nette en fin de traitement, surtout en ce qui concerne les cervicalgies.

3) Amélioration de l'état local rhino pharyngé

Nous avons constaté en règle, la diminution :

- de la congestion
- des sécrétions glaireuses
- une modération du réflexe nauséux
- une réduction des formations lymphoïdes vicariantes.

4) Amélioration de l'état général, enfin

avec meilleure diurèse, TA normalisée, chute pondérale chez les obèses.

B- BIOLOGIQUES

Essentiellement suivi par le dosage de l'uricémie.

Celle ci s'est trouvée améliorée dans 37 % des cas.

Dans 8 cas, le dosage a été fait dans l'immédiat.

Dans les autres cas, il s'agissait d'un dosage ~~par~~ après un an, ce qui montre la durabilité et l'efficacité de la thérapeutique.

Les quelques cas (3) qui sont restés inchangés l'ont été du fait de l'intolérance du malade au traitement, ou de l'inobservance de son régime.

CONCLUSION

De cette étude clinique et thérapeutique, plusieurs points sont à dégager.

1- La fréquence

Non négligeable des pharyngites chroniques goutteuses, et la diminution des formes pseudo phlegnomeuses; liées à l'évolution de la maladie.

2- Atteinte assez caractéristique de l'adulte jeune sous la forme catarrhale et dans l'ensemble la fréquence presque aussi grande de ces pharyngites chez les sujets sobres et minces que chez les pléthoriques classiques.

3- La multiplicité des formes anatomiques, liées entre elles par le caractère algique constant, et l'inefficacité des traitements habituels.

4- La nécessité d'un diagnostic précoce de l'affection, pour éviter

- des interventions itératives mutilantes.
- un vieillissement de la pharyngite avec passage à la forme atrophique beaucoup moins curable.

Sur le plan thérapeutique.

1- La souveraineté des traitements thermals dans les formes chroniques habituelles.

2- L'absolue nécessité d'observer un régime strict, et une diurèse correcte au long cours par absorption d'eau minérale adéquate, pour éviter la récurrence toujours menaçante.

Le probénécid est dans ce cas un précieux adjuvant.

Pour terminer nous serions amplement satisfaits, si après la lecture de cet ouvrage, nous réussissions à déclencher chez le praticien ORL ou de médecine générale le reflexe de la recherche clinique de la diathèse goutteuse, très souvent négligée et le dosage de l'uricémie, devant toute pharyngopathie douloureuse qui ne fait pas sa preuve rapidement.

Ainsi serait possible un traitement d'autant plus efficace qu'il est rapide.

BIBLIOGRAPHIE

=====

- 1 - F. BESANCON, C. CABANEL et Y. DENARD
"Le traitement de la goutte en France"
Congrès international de la goutte et de la lithiase urique. Evian 1964
- 2 - G. BASSA
"Zolfo et malattie metaboliche"
3e sympasio internazionale de Zalfaterapia terme di Tabiano, 1959
- 3 - BUTTURINI
"Zolfo emalattie reumatiche"
3e sympasio internazionale di Zalfatérapie
- 4 - CARLO, G. FELICE à PORTA
"Zolfo e flagosi rinofaringea"
3e sympasio internazionale di Zalfoterapia.
- 5 - BAQUE S.
"Le Radiovaporium de LUCHON, étude documentaire, suivie d'une note de LÉPAPE"
Ann. Soc. Hydr. Paris, 2 décembre 1929.
- 6 - BLANQUET, CASTAIGNE et CHAUMERLIAC
"L'action de l'eau fortement radio active prise en injection".
(Journ. med. France 1935)
- 7 - CASTAIGNE J.
"L'action de la cure de diurèse et les effets thérapeutiques du vaporium
de LUCHON"
(Journ. med. France 1935)
- 8 - CAZAL, GAMALZIG
"Les indications de la cure radio active de LUCHON"
"Journ. med. Bordeaux 1922)

9 - CAZAL, GAMALZIG

"Les paresthésies pharyngées et leur traitement hydrothermal par les eaux radio actives".

(Bull. soc. Franche d'ORL, 1922)

10 - COZAUX P.

"Considérations sur les eaux sulfurées"

Revue des docteurs en Pharmacie de France et Union Française, mars 1957

11 - CONGRES INTERNATIONALE DE LA GOUTTE ET DE LA LITHIASE URIQUE

Evian 1964 (nombreuses références)

12 - DE PARREL

"Le neuro arthritisme respiratoire et son traitement

(Revue internationale de laryngologie, mars 1922)

13 - DUCHESNE

"L'émanation du radium aux eaux de LUCHON, dans la goutte, le rhumatisme, les névralgies".

Le concours médical 1921.

14 - ETIENNE A.

Notice sur la source de Ravi, et ses indications

(Toulouse)

15 - ETIENNE A.

"LUCHON, la nouvelle source Ravi"

(Toulouse, Marques)

16 - ETIENNE A.

"LUCHON, station des urinaires, étude de l'eau de Ravi"

(LUCHON thermal)

- 17 - FLURIN
"Les rhinopharyngites des brightiques"
(Revue de laryng. 1921)
- 18 - GERMES et R. MOLINERY
"Le radio vaporium sulfuré de LUCHON"
(Journ. med. France 1935)
- 19- GRANDPIERRE R. et ARNAUD Y.
"Recherches concernant les conditions d'emploi des eaux thermales
radio actives"
(Bull. des Thermes de LUCHON, N° 5)
- 20 - KRYANOVSKI
"Un Hamman thérapeutique, le Radio vaporium de LUCHON"
(Thèse Marseille 1939)
- 21 - LE CORCHE
"La pharyngite gouteuse"
(traité de la goutte)
- 22 - LIEVRE, LEROUX, ROBERT et BACRI
"Une algie cervico-brachiale peu commune"
(Presse médicale 1961)
- 23 - LEMAIRE et LOEPER
"Soufre et senescence"
3e sympasio internazionale di Zolfoterapie, 1959
- 24 - MANDEL P. et WEIL J.D.
"Soufre et activité enzymatique"
3e sympasio internazionale di Zolfoterapie, 1959

- 25 - MADURO R. et BOUCHE J.
"Maladies du Pharynx"
(Masson)
- 26 - MALINIRY R.
"Le radio vaporium sulfuré de LUCHON"
(Ann. soc. hydr. et Clin. 1929)
- 27 - MALINIRY R.
"Le radio vaporium sulfuré de LUCHON, Historique clinique, Résultats
possibilités"
(14e congrès international d'hydrologie, Toulouse, Octobre 1933)
- 28 - MAURICE et LEPAPE
" La radio activité des sources thermales de LUCHON"
(Bull. Ac. de Médecine 1909)
- 29 - MAUGELS DE BAUGESDON
"Crénothérapie des rhumatismes à LUCHON"
(Presse thermale et clinique 1956)
- 30 - OUSTRIN
"Contribution à l'étude de la Radio activité à LUCHON"
- 31 - SANTERNOISE D., GRANDPIERRE R. et ROBERT M.
"Etude de l'action diurétique de quelques eaux de Bagnières de LUCHON"
(Bull. therme de LUCHON, N° 5)
- 32 - VIELLEFOND H.
"Utilisation de la radio activité des eaux et des gaz de la station de
Bagnières de LUCHON"
(importante bibliographie)
- 33 - SCALABRINO e DE AMINCIS
"Manifestazioni o torinolaringologiche della malattia reumatica"
(at. fasc. II, 1959)

34 - CL. ANDRE CESTRE

" Les pharyngopathies hyperuricemiques et leur traitement à LUCHON"
(thèse Paris 1967)

35 - LAMAS et MOUCHARD

"Les pharyngites hyperuricemiques et leur traitement à LUCHON"
(Bull. therme de LUCHON 1969)

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de PARIS

Robert MALLET.

VU

Le Doyen de la Faculté de Médecine
de CRETEIL

M. RAPIN;

VU

Le Président de Thèse

